

**Г.П. Кузьміна,  
О.М. Лазаренко**

## **ОЦІНКА СТАНУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З ПОДАГРОЮ ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО  
(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Потабашиї)  
вул. 30-річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська обл., 50000, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of therapy, cardiology and family medicine  
30-richchia Peremoha str., 2, Kryvyi Rig, Dnipropetrovsk region, 50000, Ukraine  
e-mail: lazarenkohelga@bigmir.net

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, подагра, урат-знижувальна терапія, антигіпертензивні препарати

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, подагра, урат-понижающая терапия, антигипертензивные препараты

**Key words:** hypertension, gout, urat-lowering therapy, antihypertensive drugs

**Реферат.** Оценка состояния медицинской помощи у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с подагрой по данным ретроспективного анализа. Кузьмина А.П., Лазаренко О.Н. Продолжается увеличение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии. Важной проблемой остается ведение пациента с коморбидной патологией на первичном звене семейным врачом. Целью данного исследования было оценить состояние медицинской помощи у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с подагрой, используя ретроспективный анализ амбулаторных карт, данные о диагностике и лечении. Было проанализировано 105 амбулаторных карт, которые соответствовали критериям включения. Средний возраст пациентов составил  $53,5 \pm 10,2$  года. Среди обследованных больных мужчин было 99 (94,3%), женщин – 6 (5,7%). Артериальная гипертензия II стадии зарегистрирована у 100 (95,2%) пациентов, III стадии – 5 (4,8%) пациентов. Артериальная гипертензия I степени установлена у 74 (70,5%) больных, 2 степени – 21 (20%), 3 степени – 10 (9,5%). Средняя продолжительность подагры составила 4,4 [4; 2] года, артериальной гипертензии – 5,3 [3; 1] года. Острый подагрический артрит присутствовал у 11 (10,5%) пациентов, хронический подагрический артрит – 85 (81%), а хронический тофусный артрит – 9 (8,5%). Пациенты обращаются за медицинской помощью к семейному врачу слишком поздно. Обследование пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с подагрой неполное, что способствует недооценке суммарного сердечно-сосудистого риска. В ряде случаев пациентам не проводится титрование дозы аллопуринола больше 300 мг, поэтому только треть пациентов достигает целевого уровня мочевиной кислоты.

**Abstract.** Evaluation of the state of medical care in patients with arterial hypertension in combination with gout by retrospective analysis data. Kuzmina A.P., Lazarenko O.M. The prevalence of cardiovascular diseases, especially arterial hypertension, continues to increase. An important problem is the management of the patient with a comorbid pathology in the primary link by the family physician. The purpose of this study was to assess the state of medical care in patients with arterial hypertension combined with gout, using a retrospective analysis of ambulatory cards, diagnostic and treatment data. There were analyzed 105 outpatient cards that met the inclusion criteria. The mean age of patients was  $53.5 \pm 10.2$  years. Among the examined patients there were 99 males (94.3%), and 6 (5.7%) females. Arterial hypertension stage II has been reported in 100 (95.2%) patients, stage III – 5 (4.8%) patients. Arterial hypertension 1 degree is established in 74 (70.5%) patients, 2 degrees – 21 (20%), 3 degrees – 10 (9.5%). The average duration of the gout was 4.4 [4; 2] years, arterial hypertension – 5.3 [3; 1] years. Acute gouty arthritis was present in 11 (10.5%) patients, chronic gouty arthritis – 85 (81%), and chronic tofi arthritis – 9 (8.5%). Patients seek medical help from their family doctor too late. Examination of patients with hypertension in combination with gout is not complete, this contributes to underestimation of total cardiovascular risk. In a number of cases, titration of the dose of allopurinol higher than 300 mg is not performed so only a third of patients reach the target uric acid level.

Невпинно продовжує зростати поширеність  
серцево-судинних захворювань та коморбідної  
патології у всьому світі.

Загальна поширеність АГ у Тунісі становить  
47,4%, контрольована АГ зареєстрована лише в

37,1% за даними багатоцентрового перехресного дослідження на амбулаторному етапі [4].

У 2011-2014 роках 54,7 мільйонів дорослого населення США приймали антигіпертензивні препарати, з них 29,2 та 21,3 мільйона не досягли цільового рівня артеріального тиску відповідно до настанов ACC/ANA 2017 та JNC7 [9].

За даними Національного опитування, у США 74% пацієнтів з подагрою мають супутню артеріальну гіпертензію (АГ). Аналогічні дані отримані в результаті опитування населення в Гонконгу [1].

Популяційні дослідження демонструють позитивний зв'язок між АГ та ризиком розвитку подагри. Наприклад, McAdams-DeMarco et al. виявили в 2 рази вищий ризик розвитку подагри в пацієнтів з АГ протягом 9 років спостереження. Нещодавнє когортне дослідження, проведене серед китайського населення в Тайвані, продемонструвало підвищений ризик розвитку подагри на 32-34% серед чоловіків та жінок з АГ [1].

Пацієнти з АГ в поєднанні з подагрою отримують у середньому  $2,4 \pm 1,2$  препарата, хоча більше чверті пацієнтів отримують монотерапію [3]. За даними N.L. Edwards et al., пацієнт з подагрою в середньому за рік має 25 днів тимчасової непрацездатності [11].

Сучасні комбіновані препарати, що містять діуретики, також часто застосовуються в цієї категорії пацієнтів через високу частоту неконтрольованої АГ. У дослідженні, яке було проведено в Японії, відмічається, що приблизно чверть пацієнтів з подагрою вживають діуретики [3].

У Великобританії здійснювали оцінку ведення пацієнтів з подагрою на амбулаторному етапі (демографічні показники, методи діагностики, клінічні ознаки, супутні захворювання, урат-знижувальна терапія, профілактика) згідно з рекомендаціями на основі доказової медицини. Менше ніж половина пацієнтів досягла цільової концентрації сечової кислоти протягом 12 місяців [7]. Слід відмітити, що за даними іншого дослідження, у Великобританії прихильність до лікування серед пацієнтів з подагрою низька, особливо серед жінок та пацієнтів з меншою кількістю супутніх захворювань. Прихильність залишається низькою у тих, хто знову починає урат-знижувальну терапію після першого загострення [8].

Актуальною залишається проблема тактики ведення пацієнтів з АГ у поєднанні з подагрою на етапі первинної ланки, адже комбінація цих хвороб призводить до взаємного обтяження, а призначення антигіпертензивних препаратів та урат-знижувальної терапії викликає розвиток

небажаних побічних дій, що не лише ускладнює перебіг захворювання, а й знижує прихильність пацієнтів до лікування.

Мета дослідження – оцінити стан медичної допомоги в пацієнтів з АГ у поєднанні з подагрою за даними ретроспективної оцінки амбулаторних карт на етапі первинної ланки, використовуючи дані щодо діагностики та призначеного лікування.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідження було включено 105 амбулаторних карт пацієнтів з АГ у поєднанні з подагрою, які спостерігалися протягом 2017 року в КУ «ЦПМСД № 4» КМР м. Кривого Рогу для проведення ретроспективної оцінки.

Основними критеріями виключення були: пацієнти з онкологічними та психічними захворюваннями; іншими кристалічними артропатіями; гепатитом, туберкульозом, ВІЛ-інфіковані пацієнти, СН ІІБ-ІІІ стадії, ФК ІV, ХХН ІV-V; хворі, які зловживають алкогольними або наркотичними засобами.

Ретроспективний аналіз здійснювався з урахуванням анамнестичних даних, даних фізичного обстеження пацієнта, лабораторно-інструментальних даних, призначеного лікування відповідно до наказів МОЗ України від 24.05.2012 № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» та від 12.10.2006 № 676 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із подагрою».

Середній вік пацієнтів становив  $53,5 \pm 10,2$  року. Серед обстежених хворих чоловіків було 99 (94,3%), жінок – 6 (5,7%).

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою програми Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

АГ ІІ стадії зареєстрована в 100 (95,2%) пацієнтів, ІІІ стадії – 5 (4,8%) пацієнтів. АГ 1 ступеня встановлена в 74 (70,5%) хворих, 2 ступеня – 21 (20%), 3 ступеня – 10 (9,5%). Середня тривалість подагри становила 4,4 [4; 2] року, АГ 5,3 [3; 1] року. Гострий подагричний артрит наявний в 11 (10,5%) пацієнтів, хронічний подагричний артрит – 85 (81%), а хронічний тофусний артрит – 9 (8,5%). Тобто в більшості випадків пацієнти звертаються за медичною допомогою до сімейного лікаря занадто пізно. За даними медичної документації хворі, у першу чергу, звертаються до травматолога та хірурга.

Обстеження пацієнтів з АГ у поєднанні з подагрою було неповним. Обсяг обстежень

найчастіше включав загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення рівня сечової кислоти крові, креатиніну, глюкози, ЕКГ. Моніторинг ураження органів-мішеней проводився лише в третини пацієнтів, визначення швидкості клубочкової фільтрації не проводилося, дуже часто були відсутні дані щодо індексу маси тіла в цієї категорії пацієнтів. У подальшому це сприяло недооцінці сумарного серцево-судинного ризику.

При аналізі призначеного лікування було виявлено, що найчастіше при загостреннях призначалися нестероїдні протизапальні препарати, а в стадії ремісії менше половини хворих отримували алопуринол у дозі 200-300 мг на добу. Слід зауважити, що титрування дози алопуринолу вище 300 мг не здійснювалося, саме тому менше третини пацієнтів досягали цільового рівня сечової кислоти менше 360 мкмоль/л, у результаті чого відбувається неповноцінне та несвоєчасне лікування, що призводить до зростання частоти госпіталізації пацієнтів та розвитку ускладнень.

Навіть у розвинених країнах світу в сімейних лікарів існують труднощі щодо тактики ведення та лікування такої категорії хворих відповідно до сучасних рекомендацій [10], адже урат-знижувальна терапія призначається менше ніж половині пацієнтів з подагрою, а моніторинг рівня сечової кислоти протягом періоду лікування проводиться лише 38% пацієнтів [5]. Лише 25% госпіталізованих пацієнтів з подагрою отримували рекомендовану урат-знижувальну терапію у Швеції. Недавнє національне дослідження у Великобританії показало, що

прихильність до урат-знижувальної терапії становила лише 39,66%, а в розвинених країнах – від 10% до 46% [2, 6].

Для контролю артеріального тиску в пацієнтів з подагрою лікарі використовують основні групи антигіпертензивних препаратів першої лінії: БРА-II (лозартан та валсартан) у 75 (71,4 %), інгібітори АПФ (раміприл та периндоприл) – 30 (28,6%), блокатори кальцієвих каналів (амлодипін, лерканідипін) – 80 (76,2%), бета-адреноблокатори (бісопролол) – 12 (11,4%), статини (аторвастатин, розувастатин) – 8 (7,6%), діуретики (гідрохлортiazид) – 5 (4,8%). За останніми рекомендаціями Європейської антиревматичної ліги 2016 року, у цієї категорії пацієнтів для зниження артеріального тиску слід використовувати БРА-II або блокатори кальцієвих каналів, а також уникати призначення тiazидних діуретиків.

### ВИСНОВКИ

1. На етапі первинної ланки є необхідність організації повноцінного обстеження пацієнта із залученням спеціалістів вторинної ланки з метою повноцінного визначення ризику розвитку серцево-судинних подій та призначення своєчасного лікування цій категорії пацієнтів, з метою зниження рівня госпіталізацій та розвитку ускладнень в осіб працездатного віку.

2. Необхідно здійснювати призначення і титрування дози алопуринолу з моніторингом рівня сечової кислоти для досягнення основної мети лікування – цільового рівня сечової кислоти менше 360 мкмоль/л за рекомендаціями Європейської антиревматичної ліги (2016 р.).

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Bidirectional Association between Self-Reported Hypertension and Gout: The Singapore Chinese Health Study / A. Pan, G.G. Teng, J-M. Yuan, W-P. Koh // PLoS ONE. – 2015. – Vol. 10, N 10. – e0141749. doi: 10.1371/journal.pone.0141749
2. Dehlin M. Trends in gout hospitalization in Sweden / M. Dehlin, L.T.H. Jacobsson // J. Rheumatol. – 2018. – Vol. 45, N 1. – P. 145-146.
3. Current prescription status of antihypertensive drugs in Japanese patients with hypertension: Analysis by type of comorbidities / T. Ishida, A. Oh, S. Hiroi [et al.] // Clin. Exp. Hypertens. – 2018. – P. 1-8. doi: 10.1080/10641963.2018.146507
4. Hypertension in Tunisian adults attending primary care physicians (ETHNA-Tunisia) / R. Boujnah, L. Nazek, M. Maalej [et al.] // Indian Heart J. – 2018. – Vol. 70, N 4. – P. 544-547.
5. Jeyaruban A. Management of gout in general practice: a systematic review / A. Jeyaruban, S. Larkins, M. Soden // J. Clin. Rheumatol. – 2015. – N 34. – P. 9-16.
6. Kiadaliri A.A. Temporal trends and regional disparity in rheumatoid arthritis and gout hospitalizations in Sweden, 1998-2015 / A.A. Kiadaliri, M. Englund // Clin. Rheumatol. – 2018. – Vol. 37, N 3. – P. 825-830.
7. Management of gout by UK rheumatologists: a British Society for Rheumatology national audit / E. Roddy, J. Packham, K. Obrenovic [et al.] // Rheumatology (Oxford). – 2018. – Vol. 57, N 5. – P. 826-830.
8. Medication adherence among gout patients initiated allopurinol: a retrospective cohort study in the

Clinical Practice Research Datalink (CPRD) / L.E.J.M. Scheepers, A.M. Burden, I.C.W. Arts [et al.] // Rheumatology (Oxford). – 2018. – Vol. 57, N 9. – P. 1641-1650.

9. Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline / P. Muntner, R.M. Carey, S. Gidding [et al.] // Circulation. – 2018. – Vol. 137, N 2. – P. 109-118.

10. Richette P. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout

[Electronic resource] / P. Richette, M. Doherty, E. Pascual // Ann Rheum Dis. – 2016. – Access mode: <http://ard.bmj.com/content/early/2016/07/25/annrheumdis-2016-209707.full.pdf+html>.

11. Work productivity loss due to flares in patient with chronic gout refractory to conventional therapy / N.L. Edwards, J.S. Sunday, A. Forsythe [et al.] // J. Med. Econ. – 2011. – Vol. 14, N 1. – P. 10-15.

## REFERENCES

1. Pan A, Teng GG, Yuan J-M, Koh W-P. Bi-directional Association between Self-Reported Hypertension and Gout: The Singapore Chinese Health Study. PLoS ONE. 2015;10(10):e0141749. doi: 10.1371/journal.pone.0141749

2. Dehlin M, Jacobsson LTH. Trends in gout hospitalization in Sweden. J. Rheumatol. 2018;45(1):145-6.

3. Ishida T, Oh A, Hiroi S, et al. Current prescription status of antihypertensive drugs in Japanese patients with hypertension: Analysis by type of comorbidities. Clin. Exp. Hypertens. 2018;1-8. doi: 10.1080/10641963.2018.146507

4. Boujnah R, Nazek L, Maalej M, et al. Hypertension in Tunisian adults attending primary care physicians (ETHNA-Tunisia). Indian Heart J. 2018;70(4):544-7.

5. Jeyaruban A, Larkins S, Soden M. Management of gout in general practice: a systematic review. J. Clin. Rheumatol. 2015;34:9-16.

6. Kiadaliri AA, Englund M. Temporal trends and regional disparity in rheumatoid arthritis and gout hospitalizations in Sweden, 1998-2015. Clin. Rheumatol. 2018;37(3):825-30.

7. Roddy E, Packham J, Obrenovic K, et al. Management of gout by UK rheumatologists: a British Society for Rheumatology national audit. Rheumatology (Oxford). 2018;57(5):826-30.

8. Scheepers LEJM, Burden AM, Arts ICW, et al. Medication adherence among gout patients initiated allopurinol: a retrospective cohort study in the Clinical Practice Research Datalink (CPRD). Rheumatology (Oxford). 2018;57(9):1641-50.

9. Muntner P, Carey RM, Gidding S, et al. Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. Circulation. 2018;137(2):109-18.

10. Richette P, Doherty M, Pascual E. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Annals of the Rheumatic Diseases; 2016. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2016/07/25/annrheumdis-2016-209707.full.pdf+html>.

11. Edwards NL, Sunday JS, Forsythe A, et al. Work productivity loss due to flares in patient with chronic gout refractory to conventional therapy. J. Med. Econ. 2011;14(1):10-15.

Стаття надійшла до редакції  
31.10.2018

